

DE L'HÉMOSTASE

DANS L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Mars 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ÉMILE MÉTRAS

Né le 5 Novembre 1867, à Saint-Étienne.

Ancien externe des Hôpitaux de Lyon



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Mars 1895

DE L'HÉMOSTASE

DANS L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Mars 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ÉMILE MÉTRAS

Né le 5 Novembre 1867, à Saint-Etienne.

Ancien externe des Hôpitaux de Lyon



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Mars 1895

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET. DOYEN.
GAYET. ASSESSUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNÉ.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	{	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		X.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène.		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie.		X.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. VIALLETON.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	WEILL.
CONDAMIN.	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	BARRAL et MOREAU
COURMONT.	LANNOIS.	ROQUE.	chargés des fonctions d'ag. ège
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	
DEVIC	POLLOSSON (Aug.)		

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. LAROYENNE Président; M. WEILL Assesseur; MM. POLLOSSON A. et CONDAMIN, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Les premières ablations totales de l'utérus par voie vaginale furent tentées, il y a longtemps déjà, si nous en croyons la littérature médicale ; mais il faut arriver au commencement de ce siècle pour trouver relatés quelques succès opératoires entre les mains de Langenbeck (1813), Sauter, de Constance (1823), Blundell (1828), et surtout de Récamier qui, en 1829, pratiqua le premier en France l'hystérectomie vaginale et donna une description complète du procédé opératoire.

Malgré l'impulsion donnée par le chirurgien français, ce mode d'intervention, à une époque où n'étaient pas connues les ressources de l'antisepsie, donna sans doute des résultats médiocres et tomba pour ainsi dire en désuétude. A part quelques tentatives éloignées, nous ne voyons

reparaître l'hystérectomie vaginale que vers 1876, en Allemagne, où la pratiquent alors Henning, Czerny, Billroth et ses élèves.

En France, elle ne reprit son rang que six années plus tard, sous l'autorité de Péan qui en fit une opération réglée et en décrivit minutieusement la technique. Depuis cette époque, elle a franchi rapidement les étapes et aujourd'hui elle est en honneur auprès de la majorité des gynécologistes, non sans avoir, dans l'intervalle, soulevé des discussions nombreuses, souvent même de violentes diatribes qui n'ont servi qu'à en mieux éclairer les différents points de détail.

A l'heure actuelle, après les travaux de Péan, Richelot, Martin, Segond, Chaput, Reclus, Quénu, etc., il semble admis que, par sa supériorité sur la laparatomie dont elle ne présente pas la gravité, par ses indications très nettes dans nombre d'affections de l'utérus ou de ses annexes, par les statistiques récemment établies et qui plaident éloquemment en sa faveur, l'hystérectomie vaginale ne peut plus guère être discutée.

Dans le service gynécologique de la Charité, auquel M. le professeur Laroyenne a donné un si vif éclat, elle a depuis longtemps conquis droit de cité. Tandis que nous suivions ce service, M. le professeur agrégé Condamin a appelé notre attention sur les hémorragies graves auxquelles cette opération donne souvent lieu et nous a en même temps signalé une modification au manuel opéra-

toire, destinée à assurer d'une façon plus parfaite l'hémostase préventive.

C'est ce nouveau procédé que nous avons essayé de décrire dans notre thèse inaugurale, présentant ainsi dans une vue d'ensemble les différents moyens mis en usage pour éviter les hémorragies si fréquentes dans l'hystérectomie. Au cours de notre travail, nous avons été soutenu par les conseils de M. Condamin, dont nous ne sommes plus à compter, d'ailleurs, les marques de bienveillance. Bien des fois, pendant toute la durée de nos études, il nous a témoigné son intérêt, et à l'en remercier nous éprouvons une vive satisfaction, avec la conscience, toutefois, de ne pas nous acquitter envers lui.

Nous ne voudrions pas entrer en matière sans profiter de l'occasion qui nous est offerte, de remercier tous les maîtres qui, à un titre quelconque, nous ont aidé de leurs judicieux conseils ou fait bénéficier de leurs savantes leçons ; avant tous, ceux dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe au début de nos études : MM. Augagneur, Aubert, Bouveret et Gangolphe. Nous garderons inaltérable leur souvenir.

Enfin, nous avons contracté de lourdes dettes de reconnaissance envers les chefs de service de l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne, auprès desquels nous avons eu la bonne fortune de remplir, à titre suppléant, les fonctions d'interne : MM. Duchamp, Blanc, Chavanis et Montagnon. Et l'expression de notre profonde gratitude est bien faible en

regard de leur toujours bienveillant accueil et de l'enseignement clinique qu'ils nous ont donné.

M. le professeur Laroyenne, en acceptant la présidence de notre thèse, nous a fait un honneur dont nous sentons tout le prix : nous l'en remercions vivement.

DE
L' H É M O S T A S E
DANS
L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

PRÉLIMINAIRES

**Dangers des hémorragies dans l'hystérectomie
vaginale. — Importance de l'hémostase.**

La richesse vasculaire de l'utérus, la profondeur à laquelle se trouvent situées les artères destinées à sa nutrition, et par suite leur accès difficile, expliquent aisément le rôle important que jouent dans cette région les hémorragies et les difficultés qu'on a pu éprouver de tout temps à assurer l'hémostase.

Ces hémorragies ont été signalées par tous les auteurs et peuvent se produire aux divers temps de l'opération :

Tantôt c'est au début, à l'incision de la muqueuse vaginale qui présente en certains points, ainsi que cela découle du développement anatomique qui suivra, des artères nombreuses et en certaines circonstances assez volumi-

neuses provenant, soit des anastomoses de l'utérine et de la vaginale, soit de cette dernière exclusivement. Les tranches vaginales donnent lieu alors à un écoulement de sang assez inquiétant. C'est pour l'éviter que Jacobs (de Bruxelles) proposa, en 1891, d'inciser la muqueuse au thermocautère¹.

Tantôt, au contraire, les hémorragies se produisent au deuxième temps de l'opération, surtout lorsque le décollement de la vessie présente quelques difficultés.

Plus souvent enfin, elles sont dues à l'utérine ou à l'utéro-ovarienne, comprises dans l'épaisseur du ligament large et qui, par suite, sont sectionnées avec celui-ci.

Sérieuses en toutes circonstances, ces hémorragies acquièrent une gravité exceptionnelle lorsque l'utérus, du fait même des lésions pathologiques qui nécessitent l'intervention, présente une vascularisation anormale. Cela s'observe presque constamment lorsque le chirurgien est appelé à opérer sur des utérus cancéreux dont le processus a envahi les parties voisines. Les artères, soit normales, soit de nouvelle formation sont elles-mêmes alors le siège d'une dégénérescence néoplasique, sous l'influence de laquelle elles offrent une friabilité excessive et souvent aussi une augmentation de calibre bien propre à favoriser l'écoulement sanguin.

Dans les cas de prolapsus utérins, on a souvent à craindre, ainsi que cela se dégage de récentes discussions à la Société de chirurgie, des hémorragies considérables. Témoin ce cas de Schwartz qui fut obligé, au cours de l'opération, de placer dix-neuf pinces hémostatiques².

¹ *Archives de Gynécologie*, 1891.

² *Soc. de Chir.* Séance du 10 janvier 1894.

Témoin encore le cas de mort par hémorragie chez une malade de M. Championnière ¹.

« J'ai été frappé, dit encore M. Chaput ², de l'abondance extraordinaire de l'écoulement sanguin. Les parois vaginales nécessitaient autant de pinces qu'elles en pouvaient porter. Toutes les surfaces cruentées pleuraient du sang. »

Cette vascularisation des utérus prolabés s'explique parfaitement, car, selon la remarque de M. Reynier ³, « elle s'observe chez des variqueux, et il existe en même temps un varicocèle des vaisseaux du ligament large ».

« Les hémorragies sont intenses, dit Martin (*Traité clinique des maladies des femmes*, p. 450), lorsqu'il existe des affections des tissus voisins, qu'il s'agisse d'adhérences consécutives à des états phlegmasiques antérieurs ou d'une infiltration cancéreuse à son début. »

Or, dans une région dont l'étroitesse naturelle et la situation profonde constituent déjà une gêne pour l'opérateur, on ne peut songer, ainsi que cela se pratique lorsqu'on opère à découvert, on ne peut songer à pincer les artères au fur et à mesure qu'elles se présentent sous le bistouri.

Une telle méthode, si elle ne méritait d'autre reproche, exigerait, en tout cas, une durée qui compliquerait singulièrement le manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale.

¹ *Soc. de Chir.* Séance du 10 janvier 1894.

² *Idem.*

³ *Idem.*

« Pour pratiquer l'extirpation de l'utérus, dit Malapert¹, on l'abaisse, et par cela même, les ligaments larges s'allongent, mais sitôt que leur insertion latérale sur l'utérus est coupée, ils remontent latéralement sur le bassin grâce à leur élasticité. Il est donc de toute nécessité d'assurer au préalable l'hémostase. »

Les premiers chirurgiens qui exécutèrent l'hystérectomie, Monteggia, Osiander, Paletta, Sauter, n'eurent pas de méthode d'hémostase bien nette : du moins ne nous en ont-ils pas laissé la relation. Et de ce fait, l'on est en droit de s'expliquer les insuccès qui marquèrent leurs tentatives.

C'est à Récamier que revient l'honneur d'avoir, le premier, le 26 juillet 1829, pratiqué une hystérectomie après avoir réalisé l'hémostase préventive au moyen de la ligature de ligaments larges. C'était là une véritable innovation, une donnée définitivement acquise et qui devait être la première étape des nombreuses méthodes préconisées depuis. Beaucoup à vrai dire, comme nous le verrons par la suite, n'ont été que des modifications plus ou moins ingénieuses du procédé de Récamier.

Il suffit, d'ailleurs, pour se convaincre de la gravité des hémorragies au cours de l'hystérectomie vaginale et de la nécessité d'assurer préventivement l'hémostase, de lire les nombreuses polémiques que ces questions ont soulevées. La correspondance assez vive échangée entre Péan et Richelot, entre celui-ci et Doléris, les comptes rendus de la Société de chirurgie (février 1891, janvier et février

¹ *Manuel opératoire de l'Hystérectomie vaginale*, th. Paris, 93-94.

— —

1894), sont autant de documents pleins d'un enseignement fécond.

Actuellement la question semble définitivement jugée, et si, dans l'un des chapitres qui vont suivre, nous examinons en détail, pour être complet, la ligature des ligaments larges, disons par avance que la plupart des gynécologistes s'accordent à reconnaître l'efficacité, comme moyen d'hémostase, du procédé de M. Richelot, la forcipressure au moyen de pinces à demeure.

—

CHAPITRE PREMIER

Notions anatomiques sur les vaisseaux de l'utérus.

Si nous avons l'intention, dans ce chapitre, de faire une description purement anatomique, nous ne reconnaitrions au sang destiné à la nutrition de l'utérus que trois sources :

L'artère utérine.

- ovariennne.
- du ligament rond.

Au point de vue plus spécial qui nous occupe, nous comprendrons dans cette étude toutes les artères que le chirurgien peut rencontrer sous le bistouri, au cours d'une hystérectomie vaginale. Nous serons donc obligé d'empiéter sur le domaine de l'artère vaginale, qui fournit constamment des branches anastomotiques à l'utérine, et qui, dans quelques cas, donne naissance à une collatérale

d'un certain volume, source d'hémorragies assez considérables.

1° Artère utérine. — Ce vaisseau, émané de l'artère hypogastrique sur laquelle il prend naissance, tantôt isolément, tantôt par un tronc commun avec l'ombilicale et la honteuse interne, se dirige obliquement en bas, en dedans et en avant, vers l'utérus qu'il atteint sur les parties latérales, à peu près au niveau de l'insertion du vagin.

Puis, sa direction change ; l'artère s'infléchit en haut et remonte parallèlement aux bords de l'utérus jusqu'au niveau de l'angle supérieur. En ce point, elle se divise en deux branches dont l'une, inférieure, va s'anastomoser en dehors avec l'ovarienne, tandis que l'autre, supérieure, se porte également en dehors pour se distribuer à la trompe : c'est la tubaire interne. Telle est, d'une façon générale, la direction de l'artère utérine, mais ce vaisseau ne présente pas, au point de vue opératoire au moins, un intérêt semblable dans tous ses points.

En ce qui concerne l'hystérectomie vaginale, notamment, la portion la plus intéressante à étudier est celle qui correspond aux culs-de-sac latéraux, à ce niveau même où nous avons noté une inflexion de l'artère, sorte d'anse à laquelle Charpy a donné le nom caractéristique de « crosse de l'utérine ».

a) Depuis son origine jusqu'au point où elle s'incurve pour remonter le long des parois latérales de l'utérus, l'artère utérine suit la base du ligament large. Dans cette portion de son trajet, elle donne parfois quelques rameaux dont les plus constants sont une branche vaginale et une vésicale.

b) Au niveau de la crosse, l'artère utérine a une direction légèrement oblique en avant et en dedans. Cette anse, dont l'étendue est de 2 centimètres environ, présente un intérêt spécial au point de vue qui nous occupe. Elle répond, en effet, par sa partie convexe au cul-de-sac latéral du vagin dont elle n'est distante que de 15 millimètres environ.

C'est à ce niveau que l'on perçoit, avec la pulpe du doigt, les battements de l'artère, très nettement appréciables dans les cas où les tissus sont le siège d'une induration due à des inflammations antérieures. C'est à ce niveau également, qu'il est indiqué d'aller lier l'utérine dans certains cas de prolapsus, où la base du ligament large est pour ainsi dire sous l'œil de l'opérateur.

La crosse fournit un certain nombre de branches connues sous le nom d'artères vésico-vaginales et destinées, ainsi que leur nom l'indique, à la cloison qui sépare l'utérus du vagin. Ces branches, au nombre de cinq à six, sont ordinairement d'un faible calibre, mais leur présence, et par suite leur section, dans l'incision circulaire qui constitue l'un des temps de l'hystérectomie vaginale, peut devenir la source d'abondantes hémorragies, surtout si une ou plusieurs de ces branches, les observations en témoignent, présentent un volume plus considérable. Les plus externes sont ordinairement les plus volumineuses et les plus longues.

c) L'utérine suit ensuite un trajet ascendant, à peu près vertical, sur les faces latérales de l'utérus, en décrivant de nombreuses flexuosités.

Durant ce trajet, où elle est comme incrustée dans les parois du corps utérin, elle abandonne de nombreuses

collatérales sur la direction et la terminaison desquelles nous croyons inutile d'insister; les premières de ces collatérales naissent à l'union du corps et du col, et se répandent sur les faces antérieures et postérieures de l'utérus. Les anastomoses entre les branches des deux côtés forment tout autour du col une sorte de collier, connu sous le nom de *cercle d'Huguier*.

2° Artère ovarienne. — Née de l'aorte abdominale entre la rénale et la mésentérique inférieure, cette artère est considérée par la plupart des anatomistes comme un vaisseau propre de l'utérus à la partie supérieure duquel elle viendrait se terminer.

M. Testut (*Anat. descrip.*, t. III, p. 1094) ne partage pas cette manière de voir. Pour lui, l'artère ovarienne après avoir fourni des branches à l'ovaire, vient s'anastomoser à plein canal avec la branche inférieure de l'utérine. Quelle que soit la manière de voir, l'ovarienne n'en constitue pas moins une voie d'apport pour l'utérus et elle est justifiable par suite de la ligature préventive.

3° Artère du ligament rond. — C'est pour mémoire seulement que nous signalerons ce vaisseau, d'un calibre de beaucoup inférieur à celui des précédents. Destinée surtout aux éléments histologiques du ligament rond, cette artère suit un trajet d'avant en arrière dans l'épaisseur de ce ligament, au centre duquel elle chemine, et vient, au niveau de l'angle supérieur de l'utérus, s'anastomoser avec les branches terminales de l'utérine.

Tels sont les vaisseaux que l'on trouve décrits dans les traités classiques sous la rubrique d'artères de l'utérus. Il nous reste, pour être complet, à passer en revue les branches de la vaginale qui peuvent se trouver intéressées au cours d'une hystérectomie vaginale. Pour donner une idée exacte de leur distribution, nous utiliserons les recherches récemment faites par MM. Commandeur et Durand, et gracieusement mises par eux à notre disposition.

4° Artère vaginale. — De son point d'origine qui est extrêmement variable (hypogastrique, hémorroïdale, vésicale ou ombilicale), l'artère vaginale se dirige obliquement vers les bords du vagin qu'elle atteint, non au niveau du cul-de-sac latéral, mais bien plus bas, dans la partie supérieure du tiers moyen du vagin,

Au point où elle s'accrole au vagin, elle envoie constamment des branches qui remontent vers l'utérus le long des bords du conduit et se perdent dans sa paroi en mêlant leurs terminaisons à celles des vésico-vaginales avec lesquelles elles s'anastomosent.

MM. Commandeur et Durand n'ont pas rencontré l'anastomose à plein canal entre une branche descendante de l'utérine et ascendante de la vaginale, mais ils ont vu une fois la vaginale, peu après son origine, donner une importante collatérale qui gagnait l'utérus par le plus court chemin. Ce rameau était parallèle à l'utérine, situé sur un plan plus inférieur dans le ligament large. Il venait aborder l'utérus au-dessous de l'isthme, à sa partie postéro-latérale, et à peu près au niveau de l'insertion du vagin sur le col, puis il se coudait brusquement en bas pour

suivre la paroi postérieure du vagin. An niveau de son coude, il donnait un rameau anastomotique ascendant avec l'utérine. Cette artère était donc assez étroitement en rapport avec le cul-de-sac postéro-latéral du vagin pour que l'on eût de grandes chances de la blesser en ouvrant ce cul-de-sac. Une pareille disposition, pour n'avoir été constatée qu'une fois, n'en peut pas moins se rencontrer dans d'autres cas.

De ces considérations anatomiques, nous concluons que l'on peut, au point de vue de l'hémorragie, reconnaître deux zones artérielles dangereuses dans le champ opératoire de l'hystérectomie vaginale.

1° Les ligaments larges dans l'épaisseur desquels cheminent l'artère utérine et l'artère utéro-ovarienne. Nous verrons en étudiant les procédés d'hémostase, comment on arrive, par une technique assez simple, à parer aux dangers qui pourraient résulter de la section de vaisseaux aussi importants.

2° Le cul-de-sac latéral, région éminemment vasculaire. L'artère utérine affecte en effet avec lui des rapports presque immédiats, et il est en outre en connexion intime avec les récurrentes vésico-vaginales et la vaginale. La situation devient plus périlleuse encore, si la branche de la vaginale signalée plus haut vient à exister. Nous examinerons plus loin, au chapitre III, de quelle manière M. Condamin, se basant sur ce fait que la zone dangereuse des vaisseaux ne dépasse pas en arrière un plan tangent à la face postérieure du col, est arrivé, par une modification dans le premiers temp de l'hystérectomie vaginale, à supprimer toutes chances d'hémorragie.

CHAPITRE II

Procédés d'hémostase.

Al'histoire de l'hémostase dans l'hystérectomie vaginale se rattachent deux grands procédés, l'un ancien déjà, puis-
qu'il fut mis en pratique par Récamier, la ligature des ligaments larges, l'autre, d'invention relativement récente, le pincement de ces ligaments dans les mors de pinces à demeure ou forcipressure.

A. — LIGATURE DES LIGAMENTS LARGES

Nous ne suivrons pas Récamier dans la description détaillée qu'il nous a laissée de son procédé de ligature, cela nous entraînerait trop loin. Qu'il nous suffise de rappeler que ce chirurgien, après avoir ouvert les culs de-sac péritonéaux, passa à l'aide d'une sonde de Belloc, une ligature qu'il fixa ensuite par un serre-nœud.

L'hémostase fut, nous dit-il, assurée.

Les modifications apportées à ce procédé par les gynécologistes contemporains n'ont guère été que des modifications de détail, n'atteignant en rien le principe général de la méthode : comprendre dans une ou plusieurs anses de fil les éléments du ligament large, par suite les vaisseaux qui cheminent dans son épaisseur ; et par la constriction exercée sur ceux-ci, empêcher, soit au cours de l'opération, soit consécutivement, toute effusion sanguine.

On ne parle plus guère aujourd'hui, comme méthode générale du moins, de la ligature, et pour en trouver une description exacte, il faut se reporter aux travaux publiés il y a quelques années déjà. C'est ainsi que nous avons dû emprunter une partie des détails qui vont suivre à l'excellente monographie de Gomet¹.

L'opération comprend deux temps distincts :

1° Dans l'un, on procède à la ligature du premier ligament. Pour ce faire, après l'ouverture du cul-de-sac postérieur, l'opérateur introduit l'index dans la plaie et lui fait suivre la face postérieure de l'utérus. Arrivé au niveau du bord supérieur du ligament large, il recouvre son doigt en crochet de manière à comprendre le ligament dans sa concavité. Sur ce doigt employé comme conducteur, il fait glisser l'aiguille de Cowper qui porte un fil destiné à serrer fortement le ligament.

Cette ligature doit être faite aussi loin que possible des bords de l'utérus, à une distance qui ne doit pas, en tout cas, être inférieure à 1 centimètre.

2° Le deuxième temps, c'est-à-dire la ligature du deuxième ligament ne présente pas les mêmes difficultés.

¹ Th. Paris, 1886. *De l'Hystérect. vaginale en France.*

La section du premier ligament a, en effet, complètement libéré l'utérus d'un côté et par suite rendus mouvements plus faciles. Il en résulte qu'opérant presque à ciel ouvert, on peut placer autant de fils qu'il est nécessaire pour éloigner toutes craintes d'hémorragie.

Telle est la méthode employée au début par M. Péan et la majorité des chirurgiens qui, à sa suite, pratiquèrent l'hystérectomie vaginale.

Dans le procédé de Martin ¹, nous trouvons quelques temps supplémentaires :

1° Après ouverture du cul-de-sac péritonéal le gynécologue de Berlin suture la séreuse à la muqueuse du vagin. Quatre ou cinq sutures sont nécessaires pour « réunir intimement le péritoine qui tapisse l'espace de Douglas avec le vagin et empêcher toute hémorragie à ce niveau. Il faut que l'hémostase soit complète après ce premier temps de l'opération. »

2° Ceci fait, il pratique la suture hémostatique du plancher pelvien au moyen de grosses aiguilles garnies de fils doubles, qu'il fait pénétrer à travers la voûte vaginale vers la portion des parties latérales de l'espace de Douglas que le doigt introduit dans cet espace refoule en avant. Ces fils doivent réunir aussi le péritoine et les culs-de-sac du vagin.

3° Enfin, avant de procéder à l'excision de l'utérus, il lie le ligament large de chaque côté en deux ou trois endroits différents.

M. Pozzi se comporte à peu près de la même façon : il

¹ *Soc. clin. des mal. de femmes.* Trad. Varnier et Weiss, p. 443.

pare à l'hémorragie qui peut résulter de la section vaginale par la suture vagino-péritonéale, pratique la suture hémostatique du plancher pelvien, puis, après circoncision complète du vagin, décollement de la vessie, il place ses ligatures sur les ligaments larges.

« Dès que l'utérus est renversé, la partie supérieure des ligaments larges pourvue de ses ailerons se trouve en bas et la base des ligaments en haut. On en fera la ligature en trois paquets, sans qu'il soit besoin alors d'entrecroiser les fils par une suture en chaîne. On fait d'abord cette suture et cette section à gauche ¹..... »

D'autres opérateurs procèdent d'une façon différente : Wallace saisit le ligament large tout entier dans une seule ligature.

Fritsch va, dans les culs-de-sac vaginaux, à la recherche de l'artère utérine, qu'il lie.

Jennings place provisoirement une ligature sur ce ligament large à l'aide d'une anse de soie phéniquée serrée au moyen d'un fil de plomb qu'on écrase ².

Müller, pour rendre l'hémorragie moins abondante, fait comprimer l'aorte durant l'opération.

Les autres modifications proposées portent surtout sur les substances employées pour la ligature. On se sert en général de calgut ou de fil de soie rendus aseptiques : l'un et l'autre ont l'inconvénient de ne se prêter que médiocrement à la constriction et, d'autre part, de glisser assez facilement.

¹ Pozzi, *Traité de Gynécologie*, p. 399.

² *Id.*, p. 403.

La ligature au moyen d'un lien élastique passé avec l'aiguille de Deschamps, vantée et utilisée par Olshausen, n'a guère rencontré d'imitateurs qu'Hégar et Kaltenbach qui ne s'en servirent, du reste, qu'à titre de moyen d'hémostase provisoire, pour faire ensuite, à la soie, dès que l'utérus est désinséré, les ligatures partielles nécessaires.

Enfin, la ligature métallique proposée par Coudereau, réalisée ensuite par Schröder et Olshausen, a été abandonnée.

Le premier procès à la ligature fut inventé par Trélat, qui, en juillet 1885, exposa à la Société de chirurgie toute l'infidélité de la méthode. Il démontra que le soin apporté au placement de fils, la nature des liens employés, le degré de constriction, étaient insuffisants à assurer l'hémostase. La ligature peut céder. A l'appui de ce dire, M. Terrier, dans la même séance, citait le cas d'une de ses malades emportée au septième jour à la suite d'une hémorragie épanchée dans le péritoine et due à la rupture du fil. Quelques jours après (août 1885), une nouvelle preuve venait se joindre aux pièces du procès : M. Richelot perdait également une de ses malades par hémorragie.

L'autopsie des deux malades de MM. Terrier et Richelot prouva que les ligatures avaient cédé parce qu'elles étaient insuffisamment serrées. Elle montra aussi que c'étaient celles du premier ligament large qui avaient cédé, à l'encontre de celles du second qui avaient résisté. Fait que peuvent expliquer l'épaisseur des tissus embrasés par le fil, et la difficulté d'aller le porter où il faut sur le premier ligament.

Le 11 octobre 1885, M. Richelot s'exprimait ainsi devant la Société de chirurgie.

« La ligature des ligaments larges est la pierre d'achoppement de l'hystérectomie vaginale ; c'est la grosse difficulté qui entraîne deux conséquences extrêmement fâcheuses, la prolongation des manœuvres et la possibilité de l'hémorragie. »

Le passage des aiguilles et des fils est en effet une manœuvre difficile qui, même entre des mains habiles, demande un temps beaucoup plus long que le placement des pinces dans la méthode que nous étudierons au paragraphe suivant. Les difficultés s'accroissent si l'on est en présence d'un utérus d'un grand volume, fibromateux par exemple. Si l'on ne peut pas ou si l'on ne peut qu'incomplètement réaliser le temps de l'abaissement de l'utérus, il est pour ainsi dire impossible d'atteindre avec l'aiguille le bord supérieur du ligament large.

De toutes manières, ces manœuvres exigent un contact prolongé des doigts avec la séreuse péritonéale, source puissante de contamination.

Un autre inconvénient naît encore de la nécessité, signalée plus haut, de placer les fils à une certaine distance de l'utérus. L'étendue normalement restreinte du champ opératoire, obstacle accru encore chez certaines femmes à vagin étroit, empêche de réaliser cette condition. Si bien que les fils sont appliqués contre les bords mêmes de l'utérus, et que, lorsqu'on libère les ligaments larges de leur insertion sur cet organe, les ligatures se trouvent situées trop près des tranches de section, et n'ont que trop de tendance à glisser sur les tissus qu'elles enserrèrent. D'où la fréquence des hémorragies.

B. — *PINCES A DEMEURE*

Dans la séance même où il signalait à la Société de chirurgie (octobre 1885) l'infidélité de la ligature comme moyen d'hémostase, M. Richelot présentait un modèle de pinces à forcipressure, et se faisait le défenseur d'une nouvelle méthode dans l'hystérectomie vaginale : la suppression de toute ligature et l'emploi systématique de la forcipressure à demeure.

A vrai dire, Spencer Wells avait théoriquement préconisé, dès 1882, l'application de longues pinces destinées à demeurer quarante-huit heures en place. A vrai dire aussi, Péan, Jennings avaient eu recours déjà à la forcipressure, mais d'une manière toute accidentelle, pour parer au cours d'une opération, à des hémorragies contre lesquelles la ligature s'était trouvée impuissante.

Mais ce fut M. Richelot qui, loin de considérer la forcipressure comme un moyen de nécessité, l'érigea en une méthode de choix applicable à tous les cas où l'hystérectomie trouve son indication.

Théoriquement, le principe de la méthode, l'application des pinces, est des plus simples, puisqu'il suffit de faire passer chacun des mors de l'instrument dans l'un des culs-de-sac péritonéaux antérieur et postérieur, et de comprendre dans leur écartement l'épaisseur des ligaments larges. Nous verrons que dans la pratique, les manœuvres nécessaires au placement des pinces sont, dans la majorité des cas, d'une exécution commode et sûre.

Ce procédé compliqué, il est vrai, l'outillage de l'hys-

térectomie, mais si faiblement qu'on ne saurait contre lui invoquer un tel argument. Cet outillage se réduit à quelques pinces languettes (4 à 6 au maximum) qui, suivant Richelot, doivent présenter une longueur totale de 17 centimètres, dont 6 pour les mors et 11 pour les pinces¹.

Plusieurs chirurgiens se sont ingénies à perfectionner cette instrumentation et sont venus augmenter l'arsenal, pourtant si riche déjà, de la chirurgie gynécologique. Nous ne ferons que mentionner les pinces courbées sur le champ de Péan et Richelot, assez communément employées, ainsi que les pinces de Doléris, démontables; les pinces clamp de Polk; les pinces élastiques cintrées de Doyen.

Nous ne saurions mieux faire, pour donner une idée exacte de l'application des pinces à demeure, que de décrire la technique habituelle à M. Richelot.

Dans les cas faciles, après l'incision circulaire du vagin et l'ouverture des culs-de-sac péritonéaux, l'opérateur introduit l'index de la main gauche dans la plaie antérieure, et avec ce doigt va embrasser le bord supérieur du ligament large. Prenant alors une pince longue et courbe sur le champ, il introduit l'un des mors par l'ouverture du cul-de-sac postérieur et l'autre par la déchirure antérieure. La pince comprend alors dans son écartement toute l'épaisseur du ligament. On la pousse du bas en haut jusqu'à ce que son extrémité dépasse le bord

¹ Richelot, *Arch. de Médéc.* 1893. Man. opér. de l'hystérect. vaginale.

supérieur du ligament, ce dont la présence de l'index permet aisément de se rendre compte. Il ne reste plus qu'à serrer la pince au dernier cran. Les ligaments larges sont fortement étreints et leur section, aussi loin des mors de la pince, aussi près des bords de l'utérus, que possible, ne donne pas lieu au moindre écoulement sanguin.

Une manœuvre identique est applicable au deuxième ligament, facilitée, d'ailleurs, par les mêmes raisons que nous avons énoncées à propos de la ligature.

Si, au contraire, l'utérus est fixé aux organes voisins par des adhérences, s'il ne s'abaisse pas sous l'action de la pince de Museux, le bord supérieur est peu accessible et l'on procède alors en deux temps. Cette manière de faire est, nous devons le dire, devenue la méthode de choix.

Au moyen d'une pince droite introduite comme précédemment, on saisira d'abord la moitié inférieure du ligament, puis, après section de ses insertions latérales correspondant à la hauteur de la pince, on attirera l'utérus devenu plus mobile et on fera une deuxième application sur la moitié supérieure.

Il est bien entendu qu'au cours de toutes ces manœuvres, on n'agira qu'en toute connaissance de cause ; le doigt placé dans le péritoine fournira des renseignements précis sur la situation des pinces qu'on ne serrera qu'après avoir acquis la certitude qu'aucun élément autre que le ligament large (paroi antérieure du rectum, anse intestinale), n'a pu être pris dans l'instrument ou intéressé d'une façon quelconque.

Les choses, il faut le reconnaître, ne se passent pas toujours avec une aussi grande simplicité. Souvent l'on

est obligé de procéder en un plus grand nombre de temps. Cela ne présente, du reste, à part la gêne que peut causer à l'opérateur la présence d'un trop grand nombre de pinces, aucun inconvénient sérieux, à la condition de ne pas sectionner les ligaments dans une hauteur dépassant celle de leur portion comprise dans les mors de la pince.

« Dans les cas de morcellement, on abaisse peu à peu l'utérus sans changer de direction. A mesure qu'une zone utérine nouvelle apparaît au fond du vagin entre les écarteurs, l'opérateur la libère en pinçant la portion correspondante des ligaments qu'il sectionne au ras de la pince. La portion d'utérus ainsi libérée est morcelée et une nouvelle zone apparaît, qu'on hémostasie et qu'on résèque de la même façon. On peut être conduit à placer une quantité considérable de pinces ¹. »

Ajoutons que dans certains cas où l'abaissement de l'utérus est facile, on peut faire l'hémostase non plus de bas en haut, comme nous venons de le voir, mais de haut en bas. C'est la pratique courante de Doyen.

La section des ligaments larges opérée, pour assurer l'hémostase complémentaire que nécessiteront les tranches vaginales, on placera un nombre suffisant de pinces hémostatiques dont les mors sont appliqués, l'un sur le péritoine, l'autre sur la muqueuse vaginale, formant ce que Richelot a appelé « l'ourlet péritonéal ».

Des tampons de ouate introduits dans le vagin, et qui serviront en même temps à maintenir les pinces écartées,

¹ Baudron, *De l'Hystérect. appliquée au trait. chirurg. de lés. bilatér. des annexes de l'utérus* (opér. de Péan), th., Paris, 93-94.

complèteront les moyens d'hémostase. On pourra, au besoin, enfin, utiliser la pratique de M. Pourcel, chirurgien des hôpitaux de Marseille, à laquelle il attribue l'absence d'hémorragie chez ses malades « jeter, le pansement du vagin terminé, une ligature sur chaque pince, près des anneaux, afin d'éviter le dérapement ¹ ».

En dehors de son but fondamental, assurer d'une manière parfaite l'hémostase, le premier avantage de la forcipressure pratiquée suivant les règles que nous venons d'indiquer, est d'abrèger considérablement la durée de l'opération qui, entre les mains de chirurgiens expérimentés et dans les cas ordinaires, peut ne guère demander qu'un quart d'heure à vingt minutes. Les dangers de la chloroformisation, du shock opératoire, sont, par suite, réduits à leur minimum. De plus, les pinces à demeure assurent le drainage pendant les premières quarante-huit heures et sont d'un secours aussi utile que le drain de Martin ou la mèche de gaze iodoformée de Pozzi.

Que sont à côté de cela les quelques inconvénients qui ont été si vivement reprochés à ce procédé. Nous ne reproduirons pas tous les griefs invoqués par MM. Demons et Pozzi. M. Richelot en a fait justice au Congrès de Chirurgie de 1888. Comme il l'a dit, la difficulté d'assurer l'asepsie, la possibilité de saisir l'uretère sont des inconvénients également imputables à la ligature qui est, par contre, d'une exécution plus difficile.

Deux reproches, la gêne causée à la malade par le séjour des pinces et la douleur provoquée au moment où

¹ Pourcel, *Gaz. des hôp.* (nov. 94.).

on les enlève, ont encore été adressés par M. Pozzi. M. Richelot reconnaît lui-même leur valeur, faisant remarquer toutefois qu'on peut de beaucoup atténuer cette gêne par des tampons de ouate et un bandage disposés de façon à empêcher le tiraillement ou la pression des pinces, et cette douleur par une injection de morphine au moment de la petite opération complémentaire ¹.

La très grande majorité des chirurgiens, d'ailleurs, s'accorde à reconnaître aujourd'hui que ce sont là points de détail n'atteignant en rien l'excellence de la méthode. Cette supériorité, répétons-le, se traduit par deux choses : la rapidité de l'opération et la certitude d'une hémostase complète.

¹ Richelot, Man. opér. de l'hystérect. vaginale (*Arch. de Méd.*, 1893.)

CHAPITRE III

D'une modification à apporter au premier temps de l'hystérectomie au point de vue de l'hémostase.

Nous avons vu, dans le chapitre où nous avons décrit avec quelques détails les vaisseaux qui se rendent à l'utérus, nous avons vu qu'au point où le vagin vient prendre son insertion sur le col il existe quelques branches artérielles qui établissent la communication entre la crosse utérine et les artères vaginales. Nous avons relaté aussi les recherches de MM. Commandeur et Durand qui ont démontré l'existence, en certains cas, de branches anormales nées, tantôt de l'utérine, tantôt de la vaginale et qui se rendent, en passant au niveau de l'insertion vaginale, soit sur le col de l'utérus, soit sur la vessie.

Or, tous les chirurgiens qui ont pratiqué un certain nombre de fois l'hystérectomie vaginale, savent bien que, malgré la forcipressure exercée sur l'artère utérine, on constate souvent une hémorragie artérielle toujours plus ou moins difficile à arrêter, et dont le point de départ réside

précisément dans la section de l'insertion latérale du vagin sur le col.

Aussi est-ce pour remédier à ces hémorragies, inquiétantes parfois, toujours fâcheuses, que M. Condamin propose de modifier le premier temps de l'hystérectomie vaginale.

L'exécution de ce temps, suivant les méthodes usuelles, comprend la désinsertion totale du vagin de sa ligne d'attache à l'utérus.

Suivant la méthode que préconise notre maître, on se contente de la désinsertion des culs-de-sac antérieur et postérieur, et l'on conserve intacte la muqueuse au niveau des culs-de-sac latéraux, ménageant ainsi un pont de substance qui correspond justement au passage des vaisseaux dont nous avons signalé l'existence.

Dans ce *modus operandi*, la première pince qui va saisir l'utérine comprendra dans ses mors, non seulement ce vaisseau, mais encore les branches qui constituent, soit la récurrente utéro-vaginale, soit certaines autres branches plus ou moins anormales destinées à la vessie en avant, ou au cul-de-sac postérieur en arrière.

Dans quatre ou cinq cas, M. Condamin a eu l'occasion de mettre en pratique ce mode opératoire, et chaque fois il a constaté que l'hémostase était parfaite.

Le cul-de-sac postérieur qui généralement, est le siège de petites hémorragies, nécessitant, soit une ligature en surjet, soit une forcipressure à la pince en T, n'a donné lieu à aucun écoulement sanguin.

A ce procédé on pourrait reprocher peut-être d'être un *impedimentum* ou tout au moins une gêne au temps du décollement, mais rien n'empêche, actuellement où l'on pince

isolément l'artère utérine et l'artère utéro-ovarienne, rien n'empêche de compléter ce décollement après avoir sectionné les parties latérales du vagin et la base du ligament large préalablement comprimées.

Ce danger d'une hémorragie, légère sans doute, dans la majorité des cas, mais toujours persistante, n'est pas sans présenter de sérieux inconvénients. En effet, si l'on arrive presque toujours à faire une hémostase absolue, grâce à des pinces multiples ou encore une éponge appliquées à ce niveau, il n'en est pas moins vrai que les manœuvres auxquelles on est obligé, dans ces cas, de se livrer, exposent toujours plus ou moins à un peu d'infection. En outre, par l'éponge que l'on place afin d'arrêter l'hémorragie, on risque d'empêcher le libre écoulement au dehors, des liquides exsudés au niveau de la plaie opératoire.

Si l'on nous objecte que ce sont là des points de détail, nous répondrons qu'aucun détail, en chirurgie, ne saurait être regardé comme sans importance. C'est par les perfectionnements que chacun signale, qu'une méthode devient impeccable.

Aussi, sommes-nous persuadés que cette modification apportée à la technique classique de l'hystérectomie vaginale mérite qu'on s'y arrête. Elle ne complique pas, en somme, le manuel opératoire, et cependant nous la croyons susceptible, en son apparente simplicité, d'éviter souvent au chirurgien les embarras et la perte de temps qui accompagnent toute hémorragie, même de minime importance.

CHAPITRE IV

De quelques particularités de l'hémostase dans l'hystérectomie pour prolapsus, et après l'hystéropexie.

Nous en aurions fini avec notre sujet, si l'hémostase, dans l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des prolapsus utérins irréductibles, ne nécessitait quelques considérations spéciales. Cette question, du reste, est pour ainsi dire d'actualité, après les discussions dont elle a été l'objet à la Société de chirurgie en janvier et février 1894.

« L'hystérectomie pour prolapsus, y disait Quénu, ne doit pas ressembler à une hystérectomie ordinaire, car ce n'est pas une hystérectomie simple, mais une hystéro-colpectomie. ».

La chute de l'utérus crée, en effet, des conditions opératoires nouvelles, ainsi que la vascularisation anormale dont cet organe est fréquemment le siège.

Les ligaments larges subissent, en même temps que l'utérus, un mouvement d'abaissement qui les rend plus

facilement accessibles, surtout si le prolapsus atteint ses dernières limites, si l'utérus vient faire saillie hors de la vulve. La dilatation de cet orifice, celle du vagin, qu'explique le cheminement de l'organe prolapsé viennent en core accroître la facilité des manœuvres.

De ces faits, il semble résulter, *a priori*, qu'on aura une certaine aisance à placer des ligatures sur les ligaments larges, et que cette méthode, inapplicable ou malaisée dans les autres cas d'hystérectomie, trouvera ici son application légitime. C'est, du moins, l'opinion qu'a formulée en ces termes M. Quénu : « Je ne comprends pas que pouvant lier à la soie un pédicule qu'on a sous les yeux, et même sous les doigts, on y mette des pinces qui peuvent glisser et même se briser ¹. »

D'autre part, ainsi que nous y avons fait allusion au début de cette étude, les vaisseaux de l'utérus en état de prolapsus, sont souvent le siège d'altérations qui augmentent les dangers de l'hémorragie. Les artères sont nombreuses, dilatées, et souvent leurs parois sont dégénérées. Leur calibre dépasse de beaucoup le calibre normal et chez une malade de M. Schwartz qui succomba aux suites de l'hémorragie, l'autopsie révéla que le volume de l'utérine atteignait celui d'une humérale d'adulte.

« L'état des vaisseaux du petit bassin nous montre un relâchement tel qu'on ne saurait être trop surpris d'assister à des accidents hémorragiques chez des sujets chez lesquels l'hémostase a paru être parfaite. J'en ai eu avec des ligatures et avec des pinces ².

¹ *Soc. de Chir.*, Séance du 10 janv. 1894.

² Championnière, *Soc. de Chirurgie*, 10 janv. 94.

Bien plus, aux dangers d'hémorragie dus aux vaisseaux utérins, viennent s'ajouter ceux qui relèvent de la muqueuse vaginale. On sait en effet que, dans les cas de prolapsus complet, les parois vaginales suivent l'utérus dans son mouvement de descente et sont elles-mêmes prolabées. Aussi est-il indispensable de joindre à l'hystérectomie une opération complémentaire consistant en une résection plus ou moins large des parois du vagin. Cette résection ou colpo-périnéorraphie expose, elle aussi, aux effusions sanguines.

M. Quénu, tout en convenant que les utérus prolabés sont plus vasculaires qu'à l'état normal, ce qui tient, suivant M. Reynier, à l'état variqueux de leurs vaisseaux, n'accorde pas à l'hémorragie une place aussi prépondérante ou du moins admet qu'on y peut remédier au moyen d'un procédé que nous examinerons dans un instant.

La situation de l'utérus hors de la vulve, constitue à ses yeux un véritable avantage opératoire et il se range, pour le cas particulier, à la méthode de la ligature, qui lui a donné d'excellents résultats.

L'hémostase définitive est assurée par la ligature des ligaments larges et la suture à leurs moignons des tranches séro-vaginales, méthode qui, outre l'avantage de supprimer toute chance d'hémorragie, réalise suivant son auteur, la nécessité de combler la perte de substance créée par l'extirpation de l'utérus, et de fournir à la partie supérieure du vagin un point d'attache aussi solide que possible. Car l'hystérectomie vaginale, aidée de la colpo-périnéorraphie, ne donne des résultats durables qu'autant qu'on lutte contre la tendance des parties conservées du vagin, à faire hernie à nouveau ; on y arrive en s'aidant

des ligaments larges qui, dans leur mouvement de rétraction sur les parois latérales du bassin, entraînent la partie supérieure du vagin, soudée à eux par une suture.

Aussi bien, voici la manière dont procède M. Quénu :

Après ouverture des culs-de-sac péritonéaux antérieur et postérieur, et section médiane de l'utérus, il lie en chaîne les ligaments larges de chaque côté, au moyen de trois gros fils de soie plate, dont il coupe un chef sur deux de manière à n'en conserver que trois de chaque côté.

Puis, après excision de chacune des moitiés de l'utérus, il suture entre eux les ligaments larges en liant chaque fil du côté droit avec le fil correspondant de gauche. Il forme ainsi une sorte de sangle qui soutiendra les efforts abdominaux. Aux bords antérieurs et postérieurs de l'angle, il suture rapidement le péritoine, puis la plaie vaginale est rattachée avec du catgut au pédicule ainsi formé. On obtient par ce moyen une sorte de voûte qui ferme complètement le péritoine.

« L'orifice résultant de l'ablation utérine est fermé en totalité, la rétraction cicatricielle loin de tirer excentriquement sur la cicatrice pour l'affaiblir, ne pourra que la remonter et tirer sur le vagin. »

D'autres chirurgiens, Fritsch, Gaudier, Pozzi, ont également inventé des procédés dont nous ne donnerons pas la description et qui reposent sur les mêmes principes : résection du vagin, ligature et suture des ligaments larges, fixation de la plaie vaginale aux moignons des ligaments.

De ces considérations, nous concluons qu'en présence de prolapsus utérin irréductible et complet, c'est-à-dire

ayant entraîné le prolapsus des organes voisins, on est autorisé à abandonner la méthode générale d'hémostase dans l'hystérectomie, pour revenir à la ligature pratiquée suivant les préceptes de M. Quénu. Sans doute, les ligatures, ici comme ailleurs, sont justiciables de reproches, et M. Chaput qui les a vues plus d'une fois glisser, malgré tous les soins apportés à leur application, n'en est pas partisan : il considère même le mode de M. Quénu de lier ensemble les chefs des ligatures de chaque côté, comme une chance de plus, en faveur du glissement des fils ; mais si l'on considère que l'usage des pinces à demeure est un obstacle presque absolu à la colpo-périnéorrhaphie immédiate, on sacrifiera ses préférences personnelles à une technique qui, à côté de ses dangers, présente de réels avantages.

Enfin, dans quelques circonstances déjà, on a fait l'hystérectomie vaginale après une hystéropexie abdominale antérieure précédemment pratiquée. Or, il faut savoir qu'en pareille occurrence les adhérences utéro-abdominales ou du pédicule utéro-abdominal sont très vasculaires, et dans quelques cas on a observé des accidents hémorragiques graves, survenus parce qu'on avait négligé de faire une hémostase soignée de ces pédicules. Il est donc de toute nécessité, lorsqu'on pratique une hystérectomie vaginale dans de telles conditions, de placer sur ce nouveau ligament suspenseur, qu'il soit lâche ou serré, soit une pince à demeure, soit un fil constricteur.

CONCLUSIONS

I. La disposition anatomique des vaisseaux de l'utérus est, à l'heure actuelle, suffisamment connue pour que le chirurgien puisse, en toutes circonstances, être assuré d'une hémostase absolue au cours de l'hystérectomie vaginale.

II. Il existe deux procédés principaux d'hémostase :

- a) La ligature des ligaments larges ;
- b) La forcipressure et l'application de pinces à demeure.

III. Dans certains cas, on est obligé de parfaire l'hémostase par un surjet sur la section des culs-de-sac antérieur et postérieur, ou encore en pratiquant, dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale, non pas une incision circulaire, comme le veulent les classiques, mais deux incisions semi-circulaires ménageant les insertions latérales du vagin sur le col (procédé de M. Condamin).

IV. Grâce à cette dernière modification, l'hémostase est assurée d'une façon plus complète, parce qu'elle permet aux pinces de comprimer les rameaux de la récurrente vaginale ou des vaginales anormales, que l'on intéresse habituellement par la section circulaire classique.

V. Dans les cas de prolapsus utérins justiciables de l'hystérectomie, on emploie généralement la ligature comme moyen d'hémostase ; mais celle-ci doit être particulièrement soignée en raison de la dilatation des vaisseaux qui se rendent à l'utérus.

Vu, bon à imprimer
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LAROYENNE.

Vu, bon à imprimer
LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer
LE RECTEUR,
E. CHARLES.

TABLE

INTRODUCTION.	5
PRÉLIMINAIRES. — Dangers des hémorragies dans l'hystérectomie vaginale. Importance de l'hémostase.	9
CHAPITRE PREMIER. — Notions anatomiques sur les vaisseaux de l'utérus.	14
CHAPITRE II. — Procédés d'hémostase.	20
CHAPITRE III. — D'une modification à apporter au premier temps de l'hystérectomie au point de vue de l'hémostase.	32
CHAPITRE IV. — De quelques particularités de l'hémostase dans l'hystérectomie pour prolapsus, et après l'hystéropexie.	35
CONCLUSIONS.	41

